

Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar

Primary Health Care users' satisfaction in the Federal District: the importance of timely access and home visits

Denise de Lima Costa Furlanetto (<https://orcid.org/0000-0002-5703-7520>)¹

Adriano de Almeida de Lima (<https://orcid.org/0000-0002-4125-6980>)²

Claudia Mara Pedrosa (<https://orcid.org/0000-0001-9253-3928>)¹

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá (<https://orcid.org/0000-0003-0562-8975>)³

Mayra Fernandes Xavier (<https://orcid.org/0000-0002-1885-9513>)¹

Amanda Kellen Pereira da Silva (<https://orcid.org/0000-0001-6612-6130>)¹

Viviane Belini Rodrigues (<https://orcid.org/0000-0002-2389-820X>)⁴

Leonor Maria Pacheco Santos (<https://orcid.org/0000-0002-6739-6260>)¹

Abstract *The aim of this cross-sectional study was to analyze user satisfaction in relation to Primary Health Care services in the Federal District and its associated factors. A total of 4,476 users of the 62 existing Family Health Strategy Teams from the Eastern Health Region were included; a pre-tested questionnaire with open and closed questions was applied. As for the “General Satisfaction Level” 54.9% of users were Satisfied and 23.0% Very Satisfied. For this outcome there was less satisfaction in cases that the user didn't receive the care he sought for (OR 12.1 p=0.01); did not receive a home visit (OR 1.7 p=0.01); is female (OR 1.2 p=0.01) and declared to be non-white (OR 0.77 p=0.021). The “Chance to recommend the Health Unit” was: High (43.4%) and Very High (17.7%). Similarly, the lower chance to recommend was associated with no care received (OR 5.1 p=0.01) and absence of home visit (OR 1.5 p=0.01); there was no association with sociodemographic variables. Evidence showed that health services are satisfactory for most users. The study provides evidence regarding the importance of having the complete Family Health Strategy team and of expanding home visit.*

Key words *Patient Satisfaction, Health services, Home visit, Primary Health Care*

Resumo *Trata-se de estudo transversal, com o objetivo de analisar a satisfação de usuários em relação ao atendimento em unidades de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e fatores associados. Foram incluídos 4.476 usuários das 62 equipes da ESF existentes na Região de Saúde Leste; utilizou-se questionário testado previamente com perguntas abertas e fechadas. Quanto ao nível geral de satisfação, encontrou-se 54,9% dos usuários Satisfeitos e 23,0% Muito Satisfeitos. Para este desfecho Nível Geral de Satisfação houve menor satisfação nos casos que o usuário não conseguiu ser atendido (OR 12,1 p=0,01); não recebeu visita domiciliar (OR 1,7 p=0,01); é do sexo feminino (OR 1,2 p=0,01) e declarou cor/etnia não branco (OR 0,77 p=0,021). Já a “Chance do Usuário Recomendar a UBS” foi: Alta (43,4%) e Muito Alta (17,7%). De modo similar, a menor chance de recomendar foi associada a casos de não atendimento (OR 5,1 p=0,01) e ausência de visita domiciliar (OR 1,5 p=0,01); não houve associação com variáveis sociodemográficas. Evidencia-se a percepção que os serviços são satisfatórios para a maioria dos usuários. O estudo também trouxe evidências para a importância de contar com a equipe ESF completa e de expandir a visita domiciliar.*

Palavras-chave *Satisfação do Paciente, Serviços de saúde, Visita domiciliar, Atenção Primária à Saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB). Campus Universitário Darcy Ribeiro s/n, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. denisefurlanetto@unb.br

² Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB. Brasília DF Brasil.

³ Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB. Brasília DF Brasil.

⁴ Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB. Brasília DF Brasil.

Introdução

No contexto do planejamento e gestão dos serviços de saúde, a avaliação tem sido ferramenta fundamental, especialmente no campo da Saúde Pública, por direcionar decisões mais assertivas e favorecer o controle técnico e social dos serviços prestados à sociedade^{1,2}.

O uso de metodologias participativas tem ganhado destaque nesse cenário por ampliar o escopo das avaliações e, nessa perspectiva, ressaltam-se, como necessidades inerentes ao processo avaliativo, o engajamento dos atores envolvidos na governança regional, compreensão de que a avaliação não é imparcial e objetiva e que ações de melhoria da atenção dependem do envolvimento ativo do cidadão no processo de produção da saúde^{3,4}. A satisfação do usuário, nesse sentido, emerge como um componente essencial para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, constatado em literatura nacional e internacional⁵, por expressar a capacidade dos serviços em atender necessidades e expectativas da população.

A satisfação dos usuários como componente de avaliações dos serviços de saúde surgiu inicialmente nos Estados Unidos e na Europa, entre 1960 e 1970, com a finalidade de analisar aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção à saúde e adesão ao tratamento. No Brasil, essa inserção aconteceu em meados dos anos de 1990, subsidiada pela necessidade de fortalecer o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) e da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, a partir do movimento de corresponsabilização pelo cuidado⁵⁻⁷. Iniciativas sobre o cuidado centrado no usuário têm se tornado regular nas políticas, com propostas internacionais, como a inclusão do foco no paciente como uma dimensão da qualidade do cuidado, pelo *Institute of Health*⁸. A partir do avanço de iniciativas anteriores, atualmente no Reino Unido o cuidado centrado na pessoa é considerado fundamental nas políticas, com a obrigação legal de envolver os pacientes no processo de cuidado⁹. No Brasil, esforços nesse sentido têm ocorrido, a exemplo da Política Nacional de Humanização¹⁰.

Avaliar a satisfação dos usuários oportuniza a construção e apropriação de um conhecimento que favorece a promoção de mudanças organizacionais que tenham significado para os envolvidos^{4,11}, especialmente para os usuários. Esse movimento contribui para aperfeiçoar os processos de organização dos serviços de saúde, as ações de planejamento em saúde, a tomada de decisão em nível de gestão, assim como influencia na ressignificação de políticas públicas de saúde⁵.

Compreender a satisfação dos usuários como uma dimensão do processo de avaliação, planejamento e gestão do serviço de saúde permite a identificação de espaços e estratégias focados em problemas reais vivenciados pelos usuários⁴, oportunizando mudanças nos processos de trabalho que sejam mais específicas à realidade organizacional e da população.

Num movimento em que se aspira prestar cuidados centrados no paciente, é essencial compreender a qualidade do serviço do ponto de vista do usuário. À medida que estudos incorporam a satisfação do usuário como uma dimensão da qualidade da atenção¹², fica explicitada a relevância de considerar elementos não técnicos da avaliação. Starfield¹³ afirma que a satisfação de usuários, apesar de não ser diretamente uma medida de qualidade assistencial, é uma medida indireta de qualidade, pois a satisfação pode influenciar a busca pelos serviços e melhoria na saúde das pessoas. Estudos sobre satisfação dos usuários e fatores associados, como humanização do cuidado e integralidade⁵, aspectos médicos e aspectos não relacionados ao cuidado direto¹² e dimensões não médicas do atendimento¹⁴ obtiveram em geral resultados positivos em relação à satisfação dos usuários, com especificidades inerentes a cada fator em questão.

Frente ao exposto, e considerando a importância de envolver a percepção dos usuários nos processos de avaliação dos serviços de saúde, o presente estudo tem como objetivo analisar fatores associados à satisfação dos usuários com ênfase em questões relacionadas ao atendimento oferecido em unidades na Atenção Primária à Saúde, tendo como contexto de análise a Região Leste do Distrito Federal.

Método

Trata-se de estudo transversal realizado de agosto de 2018 a fevereiro de 2019. Foram incluídos na amostra usuários de todos os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) da Região Leste do Distrito Federal, nas Regiões Administrativas XIV - São Sebastião, VII - Paranoá e XXVIII - Itapoã, com população de aproximadamente 216.000 habitantes¹⁵.

O tamanho da amostra foi calculado com base na prevalência de 90,6% de avaliação da equipe de enfermagem como atenciosa/respeitosa no estudo de Hollanda et al.¹⁴, com erro admissível de 1,2 pontos percentuais e 95% de nível de Confiança; tamanho mínimo da amostra resultou em 4.450 usuários. A unidade amostral foi

o usuário e a seleção ocorreu entre os usuários de todas as 62 Equipes de Saúde da Família (ESF) existentes nestes territórios.

Para analisar a satisfação dos usuários foram aplicados questionários elaborados segundo a metodologia proposta por Pasquali¹⁶ para a construção de testes psicológicos. O questionário constava de um bloco para caracterização socio-demográfica dos usuários e dois blocos referentes à satisfação dos usuários e responsividade das UBS. A avaliação da satisfação foi medida através de perguntas indiretas e diretas, utilizando-se escalas do tipo *Likert* de 5 fases.

O questionário foi validado inicialmente por análise teórica dos itens realizada por especialistas e análise semântica junto a um grupo de usuários de UBS. Após a aplicação, as perguntas de satisfação indireta e responsividade passaram pela análise fatorial em cada um dos blocos de perguntas. As perguntas que apresentaram carga fatorial menor que 0,30 foram excluídas. Depois foi calculada a fidedignidade de cada fator, encontrando-se valores a partir de 0,73. Duas perguntas foram elaboradas para captar a satisfação direta e foram usadas como parâmetro de comparação entre as perguntas validadas e uma medida padrão. A validação do questionário foi objeto de uma dissertação de mestrado.

No presente estudo foram utilizadas essas perguntas de satisfação direta como variáveis de desfechos. As perguntas utilizadas foram: 1) Qual é o seu nível geral de satisfação com o atendimento que recebeu na Unidade Básica de Saúde hoje? e 2) Baseado na sua experiência de hoje, qual é a chance de você recomendar essa Unidade Básica de Saúde a amigos e familiares?

Os critérios de inclusão foram: usuário que buscou qualquer tipo de atendimento na UBS, adulto/idoso (maior ou igual a 18 anos) em condições de responder; adulto/idoso sem condições clínicas de responder (surdez, mudez, senilidade, AVC, deficiência mental/cognitiva) que estivesse com um acompanhante adulto; menor de idade com acompanhante adulto. No caso de usuário sem condições de responder ou menor de idade o acompanhante respondeu ao questionário. Os questionários foram instalados em tablets e entrevistadores previamente treinados aplicaram os questionários em todos os turnos e qualquer horário.

Os dados foram analisados com o *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23 (SPSS 23, Chicago, EUA). Foi aplicado o Teste do Qui-quadrado de Independência para determinar se as variáveis sociodemográficas (Sexo, Escolaridade e Cor/Etnia) e de atendimento

(Conseguir realizar o atendimento, Motivo principal da visita à UBS e Visita Domiciliar) são independentes ou associadas com as duas variáveis de desfecho: Nível Geral de Satisfação; e Chance do Usuário Recomendar a UBS. Para medir a magnitude da associação foi utilizado o Teste V de Cramer.

Para melhorar a sensibilidade e a interpretação do Teste do Qui-quadrado de Independência foram calculados residuais (diferença entre a frequência esperada e a frequência observada) padronizados ajustados, que podem ser positivos (indicando que há mais frequências observadas do que as esperadas) ou negativos (indicando que há menos frequências observadas do que as esperadas). Quanto maior o valor absoluto do resíduo padronizado ajustado, independente do sinal, maior a contribuição considerada para o valor do qui-quadrado e maior a evidência a favor da associação. Foi considerado que os resíduos padronizados ajustados maiores que 3 (erros padrão) produziram desvio significativo a favor da associação.

Para as variáveis contínuas Idade, Renda Familiar Mensal e Número de Pessoas que Dependem da Renda foi aplicado o Teste de Correlação de Spearman. As variáveis que mostraram correlação com nível de significância $\geq 90\%$ foram incluídas em um modelo de Regressão Logística Ordinal. Todas as variáveis testadas apresentaram nível de resposta satisfatório, portanto, os dados perdidos não precisaram de tratamentos ou substituições.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz - Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS-DF). Após a explicação dos objetivos do estudo e da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os usuários que voluntariamente aceitaram participar do estudo responderam às perguntas dos questionários. A pesquisa teve boa aceitação e a proporção de recusas foi menor que 5%.

Resultados

Dos 4.560 questionários preenchidos 84 (1,8%) foram eliminados por não atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo 20 dos entrevistados menores de 18 anos que estavam sem acompanhante adulto; 52 acompanhantes que responderam no lugar de adulto/idoso que tinha condições de responder; 12 pelo fato do acompanhante não declarar a idade do acompanhado. O total de questionários válidos foi de 4.476, superior ao mínimo calculado (4.450).

Os dados sociodemográficos dos usuários que responderam aos questionários e o tipo de atendimento que procuraram nos serviços de Atenção Primária à Saúde estão descritos na Tabela 1. Do total de entrevistados, a maioria (77,4%) é do sexo feminino. Em relação à cor/etnia, a maioria se declarou parda (60,0%), seguida da cor negra (18,7%). Em relação à escolaridade predominaram participantes que cursaram o ensino médio (48,7%), seguido de 35,3% com ensino fundamental. A amostra consistiu em 20,1% de jovens adultos, 44,2% adultos, 21,2% de adultos na meia idade e 14,6% de idosos; a idade média dos usuários foi de 39,7 anos (DP 15,9) e a Media-

na 37 anos. Em relação à Renda Mensal Familiar o valor médio dos 3.623 respondentes foi de R\$ 1.729,00 (DP R\$ 1.418,00; Mediana R\$ 1.300,00 e Moda R\$ 1.000,00). O número médio de pessoas que dependem da renda familiar foi de 3,5 (DP 1,6; Mediana 3 e Moda 3). A maioria dos entrevistados, 59,8% tem Renda Familiar Mensal (RFM) entre 1 e 3 salários mínimos e 26,9% até um salário mínimo. Os dados confirmam o fato que os territórios estudados estão entre as Regiões Administrativas (RA) de menor Renda Familiar Mensal do DF, sendo que Itapoã exibe a 4ª menor RFM (PDAD 2015)¹⁵.

Quanto ao atendimento dos usuários nos serviços incluídos no estudo, 81,7% dos respondentes relataram ter conseguido realizar o atendimento para o qual procuraram a Unidade de Saúde. Os motivos de consulta que prevaleceram, segundo os relatos, foram: consulta agendada; retirada de medicamento e consulta sem agendamento prévio. A Tabela 1 apresenta, também, a

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e tipo de atendimento nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos usuários incluídos no estudo. Distrito Federal, 2018-2019.

Característica do usuário e/ou tipo de atendimento	N	%
Sexo		
Mulher	3.465	77,4
Homem	1.006	22,5
Outro	5	0,1
Total	4.476	100,0
Cor/Etnia		
Amarela	163	3,6
Branca	755	16,9
Indígena	35	0,8
Parda	2.685	60,0
Preta	838	18,7
Total	4.476	100,0
Escolaridade		
Sem Escolaridade	251	5,6
Ensino Fundamental	1.578	35,3
Ensino Médio	2.181	48,7
Ensino Superior	466	10,4
Total	4.476	100,0
Faixa Etária		
18 a 24 anos	898	20,1
25 a 44 anos	1977	44,2
45 a 59	948	21,2
≥ 60 anos	653	14,6
Total	4.476	100,0
Renda Familiar		
Até 01 salário mínimo	973	26,9
De 01 a 03 salários mínimos	2166	59,8
De 03 a 05 salários mínimos	362	10,0
Mais de 05 salários mínimos	122	3,4
Total	3.623	100,0

continua

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e tipo de atendimento nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos usuários incluídos no estudo. Distrito Federal, 2018-2019.

Característica do usuário e/ou tipo de atendimento	N	%
Conseguiu realizar o atendimento para o qual procurou a UBS?		
Não	819	18,3
Sim	3.646	81,7
Total	4.465	100,0
Motivo principal da visita à UBS		
Agendamento de consulta	526	11,8
Consulta agendada	1.102	24,6
Consulta sem agendamento prévio	776	17,3
Curativo	84	1,9
Grupo Educativo	34	0,8
Nebulização	7	0,2
Pegar medicamento	857	19,1
Realização de exames	196	4,4
Vacina	632	14,1
Outros	262	5,9
Total	4.476	100,0
Recebeu visita domiciliar de um profissional da UBS no último ano?		
Não	2.903	64,9
Sim	1.091	24,4
Não sabe, ou não quis responder	482	10,8
Total	4.476	100,0

caracterização geral do atendimento no serviço de saúde dos usuários incluídos no estudo.

Quando avaliado o grau de Satisfação Geral dos usuários em relação ao serviço ofertado, a maioria demonstrou estar satisfeita, com 54,9% optando pelo item “Satisfeito” e 23,0% “Muito Satisfeito”. Quando questionados em relação à Chance de Recomendar o serviço para outras pessoas, prevaleceram as opções “Alta” (43,4%) e “Muito Alta” (17,7%). A Figura 1 apresenta os dados detalhados sobre o nível de satisfação dos usuários e as chances de os mesmos recomendarem os serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde.

Foram realizadas análises de associação entre as variáveis de desfecho: “Nível Geral de Satisfação dos usuários” e “Chance do Usuário Recomendar a UBS” com as variáveis sociodemográficas e o tipo de atendimento no serviço de saúde. As variáveis que tiveram nível de significância $\geq 90\%$ foram incluídas em um modelo de Regressão Logística Ordinal. O teste de desvio de adequação do ajuste indicou que o modelo para “Nível Geral de Satisfação” teve um bom ajuste para os dados observados, $\chi^2 = 7287,883$, $p = 0,700$. A Tabela 2 apresenta os resultados desta Regressão e demonstrou que:

- As chances de mulheres estarem menos satisfeitas foi de 1,2 vezes a dos homens. ($p = 0,010$).

- Usuários de cor/etnia branca têm 1,3 vezes mais chances de estarem mais satisfeitos do que os de cor/etnia preta. ($p = 0,021$).

- As chances de usuários que não foram atendidos estarem menos satisfeitos foi de 12,1 vezes a dos que foram atendidos. ($p < 0,0005$).

- Quanto ao motivo principal da visita a UBS, tendem a estar menos satisfeitos os que foram para agendar consulta (1,4 vezes, $p = 0,003$), consultas sem agendamento prévio (1,2 vezes, $p = 0,032$), pegar medicamentos (1,7 vezes, $p < 0,0005$) e tomar vacina (1,7 vezes, $p < 0,0005$) em relação aos que foram com consulta agendada.

- As chances de usuários que não receberam visitas domiciliar no último ano estarem menos satisfeitos foi de 1,7 vezes ($p < 0,0005$) a dos que receberam visita domiciliar.

- As chances de os usuários estarem satisfeitos nos diferentes níveis de escolaridade é similar, bem como diferença entre a idade e a renda mensal familiar não influenciam na satisfação.

A mesma análise foi realizada para determinar quais variáveis da caracterização sociodemográfica e caracterização geral do atendimento no serviço de saúde dos usuários têm um efeito na variável “Chance do Usuário Recomendar a UBS” (Tabela 3). O teste de desvio de adequação do ajuste indicou que o modelo para “Chance de Recomendar a UBS” teve um bom ajuste para os dados observados, $\chi^2 = 9110,794887$, $p = 0,659$.

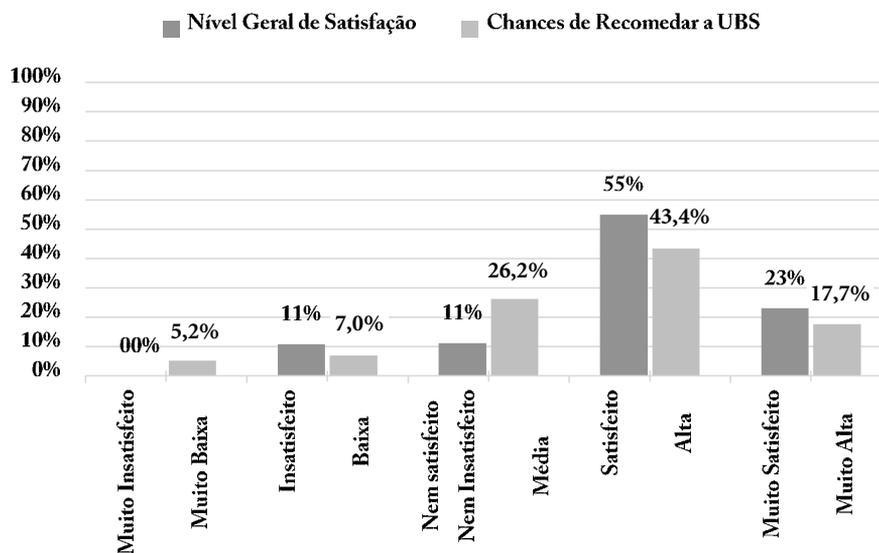


Figura 1. Caracterização do Nível Geral de Satisfação dos usuários e Chances do Usuário Recomendar a Unidade Básica de Saúde para amigos, conhecidos ou familiares. Distrito Federal, 2018-2019.

Tabela 2. Fatores determinantes do Nível Geral de Satisfação dos usuários quanto ao atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Distrito Federal 2018-2019.

Parâmetro	Exp(B) Odds Ratio	95% Intervalo de Confiança de Wald para Exp(B)		Teste de hipótese	
		Inferior	Superior	Qui ² de Wald	p valor
Mulher	1,227	1,049	1,436	6,553	0,010
Homem	1	.	.	.	.
Amarela	0,931	0,643	1,348	0,144	0,704
Branca	0,776	0,625	0,962	5,348	0,021
Indígena	1,268	0,608	2,645	0,401	0,526
Parda	0,877	0,740	1,040	2,269	0,132
Preta	1	.	.	.	.
Sem Estudo	0,983	0,682	1,418	0,008	0,928
Ensino Fundamental	0,909	0,710	1,163	0,578	0,447
Ensino Médio	0,988	0,790	1,235	0,012	0,913
Ensino Superior	1	.	.	.	.
Não Foi Atendido	12,069	10,036	14,513	700,736	<0,001
Foi Atendido	1	.	.	.	.
Agendamento de consulta	1,418	1,125	1,788	8,745	0,003
Consulta sem agendamento prévio	1,247	1,019	1,525	4,600	0,032
Curativo	0,647	0,410	1,021	3,495	0,062
Grupo Educativo	1,650	0,774	3,519	1,680	0,195
Nebulização	0,466	0,096	2,273	0,892	0,345
Pegar medicamento	1,685	1,375	2,066	25,312	<0,001
Realização de exames	1,089	0,771	1,537	0,233	0,630
Vacina	1,715	1,375	2,138	22,980	<0,001
Consulta agendada	1	.	.	.	.
Não Recebeu Visita Domiciliar	1,701	1,462	1,979	47,386	<0,001
Não Lembra se Recebeu Visita	1,484	1,172	1,878	10,740	0,001
Recebeu Visita Domiciliar	1	.	.	.	.
Idade (média)	0,998	0,993	1,003	0,413	0,520
Renda Mensal (média)	1,000	1,000	1,000	2,725	0,099

Os resultados da Regressão Logística Ordinal para a Chance do Usuário Recomendar a UBS indicaram que:

- Não há diferença entre mulheres e homens quanto à Chance do Usuário Recomendar a UBS. Assim como para cor/etnia, escolaridade, idade e renda mensal familiar.
- As chances de usuários que não foram atendidos recomendar a UBS foram 5,1 vezes menores comparado aos que foram atendidos ($p < 0,0005$).
- Quanto ao motivo principal da visita à UBS, tende a diminuir a chance de recomendar a UBS os que foram para agendar consulta (OR = 1,3 $p = 0,020$), pegar medicamentos (OR = 1,3, $p = 0,003$) e tomar vacina (OR = 1,7 $p < 0,0005$) em relação aos que foram com consulta agendada.
- As chances de usuários que não receberam visitas domiciliar no último ano tenderem a não

recomendar a UBS foi de 1,5 vezes ($p < 0,0005$) a dos que receberam visita domiciliar.

O usuário ter ou não obtido o atendimento que buscava no dia da entrevista foi o fator que mais impactou tanto na satisfação (OR 12,1) quanto na chance de recomendar a UBS (OR 5,1).

Para verificar se há alguma correlação entre ser ou não atendido e outras variáveis, foi aplicado o teste de Qui-quadrado para independência, apresentado na Tabela 4.

Houve correlação estatisticamente significativa entre “Ser ou não Atendido” e “Sexo” ($\chi^2 = 4,19$ $p = 0,041$); “Cor/Etnia” ($\chi^2 = 13,45$ $p = 0,009$), “Visita Domiciliar” ($\chi^2 = 30,63$ $p < 0,0005$), porém todas foram associações muito fracas. Não houve correlação estatisticamente significativa com “Escolaridade”, “Faixa Etária” e “Renda Familiar”.

Tabela 3. Fatores determinantes das Chances do Usuário Recomendar as Unidades Básicas de Saúde para amigos, conhecidos ou familiares. Distrito Federal 2018-2019.

Parâmetro	Exp(B) Odds Ratio	95% Intervalo de Confiança de Wald para Exp(B)		Teste de hipótese	
		Inferior	Superior	Qui ² de Wald	p valor
Mulher	1,025	0,883	1,190	0,102	0,749
Homem	1	.	.	.	.
Amarela	1,256	0,885	1,784	1,629	0,202
Branca	1,050	0,855	1,289	0,214	0,643
Indígena	1,759	0,879	3,518	2,548	0,110
Parda	1,100	0,936	1,293	1,327	0,249
Preta	1	.	.	.	.
Sem Estudo	1,225	0,866	1,733	1,313	0,252
Ensino Fundamental	0,920	0,728	1,163	0,484	0,486
Ensino Médio	1,001	0,809	1,238	0,000	0,994
Ensino Superior	1	.	.	.	.
Não Foi Atendido	5,104	4,314	6,040	360,625	<0,0005
Foi Atendido	1	.	.	.	.
Agendamento de consulta	1,298	1,042	1,617	5,412	0,020
Consulta sem agendamento prévio	1,069	0,883	1,295	0,467	0,494
Curativo	0,800	0,517	1,239	1,000	0,317
Grupo Educativo	0,845	0,413	1,732	0,210	0,647
Nebulização	0,248	0,051	1,200	3,004	0,083
Pegar medicamento	1,344	1,109	1,628	9,113	0,003
Realização de exames	1,004	0,724	1,394	0,001	0,980
Vacina	1,680	1,364	2,068	23,896	<0,0005
Consulta agendada	1	.	.	.	.
Não Recebeu Visita Domiciliar	1,498	1,297	1,731	30,132	<0,0005
Não Lembra se Recebeu Visita	1,565	1,250	1,960	15,287	<0,0005
Recebeu Visita Domiciliar	1	.	.	.	.
Idade (média)	0,998	0,994	1,003	0,509	0,476
Renda Mensal (média)	1,000	1,000	1,000	0,524	0,469

Discussão

Os resultados da pesquisa poderão contribuir para que gestores públicos organizem os serviços de saúde a partir das informações apresentadas na avaliação dos usuários. Os achados, apesar de serem locais e situados na região Leste de Saúde do Distrito Federal, são semelhantes à realidade de grandes centros urbanos, que cotidianamente se deparam com o desafio de identificar os fatores que favoreçam o acesso e a vinculação dos usuários aos serviços.

Além disso, os resultados mostraram que, apesar das dificuldades vivenciadas no Brasil para a implantação dos serviços na APS, as unidades avaliadas no DF têm conseguido responder positivamente, na percepção dos usuários, aos principais motivos que os levaram a comparecer na

unidade – para a consulta agendada, a retirada de medicamento e para a consulta sem agendamento prévio. A pesquisa revelou que estes importantes dispositivos organizativos investigados, como a oferta de consulta, dispensação de medicamentos e visitas domiciliares podem influenciar na relação de vínculo e adesão ao serviço, uma vez que, tendo sua demanda atendida – como verificado na correlação da satisfação ao motivo da ida ao serviço –, os usuários tendem a estabelecer um bom vínculo de permanência, possibilitando a longitudinalidade do cuidado, e inclusive, recomendam a UBS a outras pessoas. Dessa maneira, quando a nova PNAB de 2017 propõe mudanças que fragilizam dispositivos como a atuação do ACS, a relativização da cobertura e a recomposição das equipes, colocam em risco a continuidade das ações e programas que visam ampliar

Tabela 4. Correlação entre o usuário ter ou não ter obtido o atendimento que buscava no dia da entrevista e variáveis sociodemográficas. Distrito Federal, 2018-2019.

Categorias	Recebeu Atendimento			Qui ² de Pearson*	Significância**	V de Cramer***	
	Não	Sim	Total				
Sexo	Mulher	N (%) 656 (19,0)	2801 (81,0)	3457 (100,0)	4,19	0,041	0,031
		RA 2	-2				
	Homem	N (%) 162 (16,1)	842 (83,9)	1004 (100,0)	13,45	0,009	0,055
		RA -2	2				
Cor/Etnia	Amarela	N (%) 28 (17,2)	135 (82,8)	163 (100,0)	5,95	0,114	0,037
		RA -0,4	0,4				
	Branca	N (%) 144 (19,1)	609 (80,9)	753 (100,0)	30,63	0,000	0,083
		RA 0,6	-0,6				
	Indígena	N (%) 13 (37,1)	22 (62,9)	35 (100,0)	1,42	0,701	0,018
		RA 2,9	-2,9				
	Parda	N (%) 462 (17,3)	2214 (82,7)	2676 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -2,3	2,3				
	Preta	N (%) 172 (20,5)	666 (79,5)	838 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA 1,8	-1,8				
Escolaridade	Não Estudou	N (%) 35 (14,1)	214 (85,9)	249 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -1,8	1,8				
	Ensino Fundamental	N (%) 310 (19,7)	1266 (80,3)	1576 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA 1,7	-1,7				
	Ensino Médio	N (%) 384 (17,6)	1792 (82,4)	2176 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -1,2	1,2				
	Ensino Superior	N (%) 90 (19,4)	374 (80,6)	464 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA 0,6	-0,6				
Visita Domiciliar	Não	N (%) 548 (18,9)	2348 (81,1)	2896 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA 1,4	-1,4				
	Não Sabe	N (%) 121 (25,2)	360 (74,8)	481 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA 4,1	-4,1				
	Sim	N (%) 150 (13,8)	938 (86,2)	1088 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -4,5	4,5				
Faixa Etária	Jovem	N (%) 159 (17,7)	737 (82,3)	896 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -0,5	0,5				
	Adulto	N (%) 377 (19,1)	1596 (80,9)	1973 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA 1,2	-1,2				
	Meia Idade	N (%) 166 (17,6)	778 (82,4)	944 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -0,7	0,7				
	Idoso	N (%) 117 (17,9)	535 (82,1)	652 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -0,3	0,3				
Renda Familiar	Até 01 salário mínimo	N (%) 182 (18,7)	789 (81,3)	971 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA 0,3	-0,3				
	De 01 a 03 salários mínimos	N (%) 394 (18,2)	1766 (81,8)	2160 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -0,3	0,3				
	De 03 a 05 salários mínimos	N (%) 64 (17,7)	298 (82,3)	362 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -0,4	0,4				
	De 05 a 15 salários mínimos	N (%) 24 (21,1)	90 (78,9)	114 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA 0,7	-0,7				
	Mais que 15 salários mínimos	N (%) 1 (14,3)	6 (85,7)	7 (100,0)	0,85	0,931	0,015
		RA -0,3	0,3				

RA = Residual Ajustado. *Teste do qui-quadrado de independência para determinar se as variáveis são independentes ou associadas; **Valores de significância menores que 0,05 são estatisticamente significantes; ***Valor de V de Cramer mostra a magnitude da associação, sendo que: V = 0 indica sem associação, $0,0 \leq V < 0,3$ indica associação pequena, $0,3 \leq V < 0,5$ moderada e $V \geq 0,5$ grande.

e qualificar a cobertura e o acesso da primeira porta de entrada da população ao SUS.

Nesse sentido, ausência da visita do ACS, por exemplo, pode interferir na vinculação e satisfação dos usuários com os serviços, uma vez que os resultados mostraram que usuários que não receberam visitas domiciliares no último ano tinham menos chance de recomendar a UBS. Por isso, a visitação dos ACS na comunidade é fundamental para a longitudinalidade do atendimento, vínculo com o serviço e efetividade da ESF¹⁷⁻¹⁹.

A Atenção Primária à Saúde no Brasil tem sofrido desmontes estruturais que impactam principalmente as populações mais vulneráveis, como notado na nova apresentação da PNAB de 2017, que tem contribuído para fragilizar importantes conquistas que fortalecem a APS. A austeridade fiscal que tem sido imposta no Brasil, com mais rigor a partir de 2016, também tem contribuído para a redução crescente da oferta das tecnologias de cuidados e, já colocam em risco o mínimo de serviços públicos ofertados à população. A aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95) em dezembro de 2016, que congela investimentos públicos na área social por 20 anos, traz consequências desastrosas à população, especialmente os mais pobres, pois afeta a organização e oferta dos serviços de saúde públicos e os equipamentos da assistência social, que estão voltados para o enfrentamento das desigualdades sociais. Deste modo, estudos como o presente, que demonstram quais estratégias fomentam a vinculação da comunidade aos serviços públicos de saúde, são estruturantes para momentos de cortes e ameaças à continuidade da implementação do SUS, como o que está em vigência. Ao identificarmos, pelas pesquisas, os fatores que aproximam com satisfação a comunidade dos serviços, mapeamos pontos de atenção que a população reconhece como a vertente positiva do cuidado, e pudemos assim, nos apropriar destas informações para planejar ações que conscientizem a população que esses cuidados estão em risco de serem extintos, e da necessidade de uma participação mais ativa da comunidade na gestão e controle social da saúde.

Os usuários entrevistados revelaram que dentre os principais motivos de terem buscado os serviços, estão o acesso ao Programa Nacional de Imunizações e a retirada de medicamentos na farmácia da Unidade. Dos entrevistados, 14,1% responderam que compareceram na unidade no dia da entrevista para vacinação e 19,1% buscaram a farmácia. Estas portas de acesso que possibilitam a longitudinalidade do cuidado, a integralidade e atenção ao primeiro contato, estão

entre as tecnologias de cuidados que já sofrem impacto com o subfinanciamento do SUS. O fechamento ou a redução destes acessos poderão inserir no mapa de saúde, o retorno de doenças já erradicadas e o agravamento dos problemas de saúde, principalmente dos problemas mentais, que em tempos de crise econômica, recessão e consequente perda do emprego se manifestam em quadros de depressão, ansiedade e violência autoprovocada que geralmente demandam medicamentos de alto custo.

Atualmente na região leste de saúde do DF, como mostraram os dados da pesquisa, os usuários que acessam a consultas, tanto agendadas, como encaixadas, avaliaram em sua prevalência, como satisfatórias, o que indica que a população assistida parece ter respondido sua demanda para avaliação de seu estado de saúde nos serviços da APS. Novos estudos precisam ser incorporados na rotina de avaliação das Redes de Atenção à Saúde para compreender se esta população está sendo assistida nos diversos níveis de sofisticação tecnológica e o grau de satisfação com as práticas de saúde. Compreender qual o grau de satisfação dos sujeitos no contínuo do cuidado, na longitudinalidade, desde a APS até níveis mais complexos do sistema, nos apoia também a compreender a noção de como a integralidade da atenção à saúde tem sido construída em rede.

Para que os processos de avaliação fomentem também a garantia da implementação da integralidade nos serviços, partimos da compreensão do que foi sistematizado como os três conjuntos de sentidos sobre a 'integralidade' – como traço da boa medicina; como modo de organizar as práticas e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde²⁰. No que se refere à integralidade como traço da boa medicina, identificamos que quando conseguimos acessar na presente pesquisa, a percepção dos usuários se os serviços atendem as necessidades e expectativas da população, estamos nos aproximando de uma possível compreensão do que seria a “boa medicina” discutida pelos autores. Considerando que 24% das pessoas que responderam a pesquisa informaram que compareceram na unidade para consulta agendada e que o grau de satisfação geral dos usuários em relação ao serviço esteve entre “satisfeito” (54,9%) e “muito satisfeito” (23,0%), podemos inferir que apesar da positividade na percepção, é necessário que as equipes analisem em seus processos de cuidado como tem sido organizado o modelo de atenção, e se os usuários que estão sendo acolhidos têm tido a escuta de suas necessidades de forma desfragemen-

tada e compromissada com um projeto de defesa da vida, como se propõe o SUS, principalmente na APS.

Conclusão

Destacamos que a experiência desta pesquisa ratifica que a avaliação localizada pode ser um potente dispositivo para superar as dificuldades que ainda perduram para oferecer os arranjos locais dos serviços de saúde que contemple a atenção integral. A abertura da escuta qualificada de modo que usuários pudessem avaliar os componentes da organização das práticas para viabilizar o acesso e qualidade nos serviços, despontam como novos canais participativos, que em tempos de ameaças e desmontes dos serviços de saúde, se apresentam como alternativas para

que a população possa manifestar sua posição em relação às respostas governamentais oferecidas a problemas específicos de saúde.

Concluiu-se que para a maioria dos usuários entrevistados neste estudo a percepção é que os serviços são satisfatórios. Recomenda-se aos gestores locais providências para reduzir a ocorrência de casos que, apesar de ter tido acesso à Unidade Básica de Saúde, não conseguiram o atendimento pretendido no dia da pesquisa, o que irá repercutir favoravelmente no nível de satisfação. O estudo também trouxe evidências que corroboram a importância de os serviços de Atenção Primária contarem com Equipes de Saúde da Família completas, inclusive com Agentes Comunitários de Saúde, que possam efetivamente expandir as visitas domiciliares e deste modo promover e estreitar os vínculos com os usuários.

Colaboradores

DLC Furlanetto participou do delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do manuscrito. AA Lima trabalhou na concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados, e redação do artigo. CM Pedrosa participou da concepção, delineamento e redação do artigo. TTB Paranaguá participou na concepção e delineamento do estudo, e redação do artigo. MF Xavier participou do delineamento do estudo, coleta dos dados, e redação do artigo. AKP Silva participou da coleta de dados e redação do manuscrito. VB Rodrigues participou do delineamento do estudo e redação do artigo. LMP Santos participou do delineamento, obteve financiamento e coordenou o estudo; supervisionou a coleta de dados em campo, participou da análise e interpretação dos dados, e da redação do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Os autores agradecem à população da Região Leste do Distrito Federal pela disponibilidade e colaboração para o desenvolvimento desse estudo.

Apoio Financeiro

O estudo foi contemplado na Chamada Pública FAPDF/MS-DECIT/CNPQ/SESDF Nº 001/2016, financiada pela FAP/DF e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

Referências

1. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZA, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
2. Gaioso VP, Mishina SM. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(4):617-625.
3. Serapioni M, Romani O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2411-2421.
4. Almeida CAL, Tanaka OY. Meta-avaliação de um processo participativo no fortalecimento da gestão municipal. *Rev Saude Publica* 2017; 51(99):1-9.
5. Arruda CAM, Bosi MLM. User's satisfaction of primary health care: a qualitative study in the Northeast of Brazil. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(61):321-332.
6. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl.):303-312.
7. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1267-1276.
8. Institute of Medicine (US), Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press; 2001.
9. Reino Unido. *Health and Social Care Act 2012. Section 23, 13H* [página na Internet]. Disponível em: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/section/23>
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização. Documento Base*. 4ª ed. Brasília: MS; 2007.
11. Silva RR, Brandão DB. Nas rodas da avaliação participativa. In: Campos OR, Furtado JP. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: UNICAMP; 2011. p. 59-84.
12. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, Sanchez MN, Santos LMP. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2749-2759.
13. Starfield B. *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2004.
14. Holanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3343-3352.
15. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal - PDAD-DF - 2015* [documento na Internet]. Brasília: CODEPLAN; 2016. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Distrito-Federal-1.pdf>
16. Pasquali L. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Dados eletrônicos*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
17. Almeida MLB. *Vulnerabilidade familiar: concepções dos agentes comunitários de saúde*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2015.
18. Bezerra YRN, Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Cien Saude Colet* 2018; 23(3):813-822.
19. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):2147-2156.
20. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/USERJ/ABRASCO; 2005.

Artigo apresentado em 30/05/2019

Aprovado em 07/08/2019

Versão final apresentada em 14/11/2019

